FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 220.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 14 juin 1872

PAR PAUL MEUSNIER,
Externe des hôpitaux de Paris,
Lauréat de l'école de médecine de Tours,
Médaille de bronze 1865-66. — Médaille d'argent 1866-67.

ÉTUDE

SUR LA SUETTE MILIAIRE

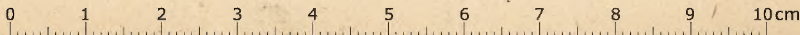
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1872



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs.	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. VERNEUIL.
Anatomie pathologique	VULPIAN.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DENONVILLIERS.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	DAREMBERG.
Pathologie comparée et expérimentale	BROWN-SEQUARD. Chargé de cours.
Clinique médicale	BOUILLAUD. SÉE (G.). LASÈGUE. BEHIER.
Clinique chirurgicale	N..... GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Professeurs honoraires.

MM. ANDRAL, le baron JULES CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

BAILLY.	MM. CRUVEILHIER.	MM. GUENIOT.	MM. PAUL.
BALL.	DUPLAY.	ISAMBERT.	PERIER.
BLACHEZ.	DUBRUEIL.	LANNELONGUE.	PETER.
BOCQUILLON.	GRIMAUX.	LECORCHÉ.	POLAILLON.
BOUCHARD.	GAUTIER.	LE DENTU.	PROUST.
BROUARDEL.	GARIEL.	OLIVIER.	TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Clinique des maladies de la peau	MM. N.
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	N.
— de l'ophthalmologie	TRELAT.
Chef des travaux anatomiques	Marc SEE.

Examinateurs de la thèse.

MM. AXENFELD, *Président;* BOUCHARDAT, , DUPLAY. CRUVEILHIER.

M. LE FILLEUL, *Secrétaire.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbaion ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE.

A MON FRERE LE Dr MEUSNIER.

A MON AMI Georges GUÉRIN.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS.

MM. LES DOCTEURS CHARCELLAY, DAUNER,
DUCLOS, HERPIN ET THOMAS.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

A M. LE DOCTEUR BAZIN,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

A M. LE PROFESSEUR TARDIEU,

Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Professeur de médecine légale.

A M. LE PROFESSEUR DOLBEAU,

Chirurgien de l'hôpital Beaujon,
Professeur de pathologie externe.

A M. LE PROFESSEUR AXENFELD,

Médecin de l'hôpital Beaujon,
Professeur de pathologie interne.

Hommage de ma reconnaissance.

ÉTUDE

SUR LA

SUETTE MILIAIRE

INTRODUCTION

Ayant à exposer, à propos de faits que j'ai vus, quelques considérations sur la suette miliaire, j'ai cru ne pouvoir mieux faire, dans l'exécution de mon travail, que de suivre le plan esquissé par M. Jules Guérin, dans son Rapport à l'Académie de médecine sur l'épidémie de suette de 1849.

« La première chose à faire, avant d'aborder l'étude d'une épidémie, serait de s'enquérir de ce que la science connaît de l'épidémie. L'épidémie actuelle s'est-elle montrée déjà précédemment, et s'est-elle montrée dans les mêmes localités ? Reparaît-elle avec les mêmes caractères? Se montre-t-elle sous la même forme et réclame-t-elle le même traitement? L'observation et l'expérience ont-elles confirmé ou redressé les données précédemment acquises? N'ont-elles pas révélé des particularités nouvelles soit pour mieux définir, soit pour mieux traiter la maladie? C'est là, suivant nous, la meilleure manière de rattacher le présent au passé, et de

féconder incessamment les acquisitions de l'observation antérieure à l'aide de l'observation présente. Et, qu'on le remarque bien, il ne s'agit pas ici de la science des livres, de la bibliographie, des recherches si souvent stériles de l'érudition, mais des produits réels de l'observation et de l'expérience, rattachés les uns aux autres, à travers le temps et l'espace, comme les anneaux d'une même chaîne, constituant ce que nous appellerions volontiers la formule historique d'une épidémie. »

Un pareil plan, entre mes mains, et au sujet d'une épidémie aussi restreinte que celle que j'ai à raconter, peut paraître bien ambitieux. Je n'ai point l'intention, et encore moins la puissance, de m'élever à des considérations aussi générales; je me contenterai d'un modeste terre à terre qui convient mieux à mes forces. Mais les idées qui précèdent me serviront de guide et me seront d'un grand secours au milieu des questions si complexes qui se rattachent à l'histoire que j'ai à faire.

C'est au commencement de l'année 1871 que j'ai recueilli les matériaux de ce travail. Nous étions encore en pleine invasion, lorsque, à la fin de février, je fus appelé à observer les premiers faits dans la clientèle de mon frère, que je remplaçais alors. Depuis quelque temps déjà la variole régnait épidémiquement dans le pays et y avait causé un assez grand nombre de morts. Mais, au mois de février, l'épidémie changea de nature. Au début, la variole et la suette se montrèrent-elles ensemble sur le même sujet? Je n'ai pu me procurer de renseignements précis sur ce point. Les premiers malades que je vis se prétendaient atteints de varioles, quoiqu'ils ne présentassent pas d'autres symp-

tômes que ceux de la suette. En quatre ou cinq jours, il était mort une dizaine de personnes sur une population d'un millier d'habitants. Aussi la frayeur était-elle générale. J'avoue que je me trouvai très-embarrassé en présence des premiers cas; je ne connaissais de la suette que les descriptions bien restreintes qu'on trouve dans les auteurs classiques. Mon isolement me pesa fort en face d'une inconnue aussi dangereuse.

L'épidémie resta localisée tout le temps de sa durée dans la commune de Linières. Cependant j'ai observé quelques cas très-bénins dans une commune voisine, à la Chapelle-aux-Naux. La commune de Linières est située sur la rive gauche de la Loire, à quelques lieues à l'ouest de Tours. Le village est adossé au coteau; il est habité par une population qui a trouvé dans la fertilité du sol des éléments considérables de richesse. Aussi les habitations sont-elles construites dans des conditions hygiéniques excellentes. Le territoire de la commune est traversé par l'ancien lit du Cher, qui, sur certains points, a laissé des espaces humides et marécageux dont l'étendue est d'ailleurs peu considérable. La fièvre intermittente n'y est pas endémique; on la rencontre même rarement dans cette partie de la vallée de la Loire.

C'est la première fois que la suette se montre dans la commune de Linières; mais, à quelques lieues de là, à Savonnières et à la Chapelle-sur-Loire, elle a régné épidémiquement il y a peu d'années. Nous devons à l'obligeance de M. le Dr Charcellay, professeur à l'Ecole de médecine de Tours, quelques notes sur l'épidémie de Savonnières. La suette miliaire s'est montrée au

milieu d'une épidémie de scarlatine à laquelle elle a imprimé un cachet de perniciosité très-grave. En même temps on observait un grand nombre de fièvres intermittentes dont l'origine semblait remonter à la terrible inondation de 1866. L'emploi du sulfate de quinine a donné d'excellents résultats.

L'épidémie de la Chapelle-sur-Loire est antérieure à celle-ci. Elle survint en 1857, à la suite de l'inondation qui avait ravagé le pays quelques mois auparavant; elle a succédé également à une épidémie de rougeole et de scarlatine. M. le Dr Chicoyne, qui l'a observée, a parfaitement constaté qu'elle ne s'est étendue que sur les parties du pays visitées par l'inondation.

Au commencement de la même année 1857, à 2 lieues à l'est et en amont de Tours, M. le Dr Lebled observait une épidémie de la suette dans la commune de Rochecorbon, située également dans la vallée de la Loire. Mais ici l'influence de l'inondation ne se fait pas sentir, du moins le Dr Lebled n'en parle pas dans son mémoire.

Ce sont les seuls faits que j'aie pu recueillir relativement aux épidémies de suette dans cette région de la Loire. Ces trois épidémies ont plusieurs traits communs qui sont importants à signaler. D'abord elles surviennent à la suite d'une autre épidémie, soit de rougeole, soit de scarlatine; puis elles apparaissent quelques mois après les inondations de 1856 et de 1866, de sorte qu'on peut à bon droit faire intervenir l'inondation dans l'étiologie de ces épidémies, bien que son influence ne se fasse pas sentir partout d'une façon très-évidente. En outre, dans ces trois cas, la suette a revêtu une forme

pernicieuse, et l'emploi du sulfate de quinine y a donné de bons résultats.

DIVISION.

Dans un premier chapitre, nous avons parcouru l'histoire des épidémies de suette, en insistant particulièrement sur les différences profondes qui caractérisent ces diverses manifestations.

Dans le deuxième, nous avons fait la symptomatologie de la maladie.

Dans le troisième, nous avons décrit les formes différentes que peut revêtir la suette.

Dans le quatrième, nous avons rassemblé les observations qui nous ont paru le mieux caractériser l'épidémie que nous avions observée.

Dans le cinquième, nous avons énuméré les différentes causes qui ont été invoquées par les auteurs pour rendre compte de l'apparition des épidémies.

Dans le sixième, nous avons tenté d'aller au delà de l'étiologie et de rechercher quelle est la nature de la suette.

Dans le septième, nous nous sommes attaché à montrer que le traitement avait varié autant que les formes de la maladie, et qu'il n'y avait pas de spécifique contre la suette.

CHAPITRE PREMIER

HISTOIRE DES ÉPIDÉMIES DE SUETTE MILIAIRE.

L'histoire de la suette miliaire n'est plus à faire à l'heure qu'il est. Grâce aux recherches de Hecker, d'Ozanam et de Seitz, l'étude du passé est complète sur ce sujet. Mais nous avons cru utile de parcourir rapidement la succession des épidémies qui se sont montrées avec des formes si variées. Nous y trouverons l'occasion, au milieu des opinions si diverses qui ont été émises sur la nature de la suette, d'établir des rapprochements entre les épidémies anciennes et celle que nous avons observée.

Sans remonter aussi loin que certains auteurs, qui ont voulu retrouver les premières traces de la suette dans la description d'exanthèmes sudoraux, laissée par Hippocrate, Galien, Avicenne, je crois que l'authenticité ne commence qu'à l'épidémie si épouvantable qui dévasta l'Angleterre au xve siècle, et qui a pris le nom de *sudor anglicus*. Elle apparaît tout d'abord au milieu d'une bande d'aventuriers qui avaient quitté le continent pour aller soutenir les prétentions d'Henri VII d'Angleterre. On la voit se développer sur leur passage dans tous les pays qu'ils ont traversés et faire son entrée à Londres, à la suite du nouveau roi, le 21 septembre 1486. Elle s'étend de là sur toute l'Angleterre, sans atteindre toutefois l'Ecosse. Elle y fait des ravages

effrayants; Henri VII lui-même en est atteint. Voici la description qu'en donne Bacon, dans son *Histoire du règne de Henri VII :* « Vers le même temps, une maladie extraordinaire fit les plus grands ravages à Londres et dans plusieurs autres parties du royaume. Elle fut appelée *fièvre sudorifique* à cause du principal symptôme qui la caractérisait. En vingt-quatre heures, l'on en mourait ou l'on était presque assuré de la guérison. Elle commença à se faire sentir vers le 21 septembre et cessa vers la fin d'octobre. C'était une sorte de fièvre pestilentielle, dont le siége toutefois n'était ni dans les vaisseaux, ni dans les humeurs, car elle n'était accompagnée ou suivie d'aucune éruption à la peau; on ne voyait ni pustules, ni taches livides; toute la masse du corps demeurait intacte. On pouvait l'attribuer plutôt aux qualités malignes d'une sorte de vapeur ou de substance pneumatique qui, se portant d'abord au cœur, attaquait les esprits vitaux, ce qui excitait la nature par une violente irritation à l'évacuer par la voie des sueurs. »

Cette description répond bien évidemment à une épidémie de suette, sans éruption miliaire. D'ailleurs, les médecins de l'époque, Forestus et John Kaye, ont complété cette description d'une manière qui ne laisse aucun doute : invasion subite de céphalie intense, anxiété précordiale, grande prostration, constriction et brûlure épigastriques, sueurs profuses et fétides, délire et agitation chez les uns, invincible besoin de dormir chez les autres; souvent mort en quelques heures. Ce sont bien là les signes essentiels de la suette, et malgré l'absence d'éruption miliaire, il est difficile de nier

l'analogie et même l'identité de cette épidémie avec celles qui ont envahi le continent.

Le *sudor anglicus* fit une nouvelle apparition en 1507, puis en 1518; dans cette dernière épidémie, il s'étendit à Calais encore anglaise à cette époque. En 1529, il reparut de nouveau et fut importé à Hambourg par un vaisseau; il gagna de là toute l'Allemagne et pénétra jusqu'à Strasbourg. En 1551, il fit une dernière apparition en Angleterre et fit sentir surtout à Londres ses effets terribles. Ce fut la dernière épidémie de *sudor anglicus*. Ici commence pour la suette une seconde période pendant laquelle elle se complique d'éruption miliaire; en même temps elle s'établit définitivement sur le continent et d'abord en Allemagne.

Vers 1650, elle apparaît pour la première fois à Leipsig, frappant exclusivement les femmes en couche. On l'observe en même temps à Augsbourg, plus tard (1698) à Philippsbourg où elle sévit dans un camp concurremment avec le typhus, à Marienbourg (1710) où elle est accompagnée de fièvre pétéchiale. De toutes ces épidémies, aucune ne présente les caractères de la suette simple sans complication; on la voit accompagnant tantôt la fièvre puerpérale, tantôt le typhus ou la peste. Elle se montre encore en 1713 à Montbéliard, compliquant une maladie pétéchiale qui paraît être le typhus. On la voit reparaître à la même époque en Angleterre où elle est observée par Sydenham, Morton et Hamilton; mais alors elle s'accompagna de l'éruption miliaire et est constamment compliquée, soit de variole, soit d'autres éruptions exanthémintiques.

En 1718, la suette apparaît en Picardie sans aucune

complication épidémique et avec l'éruption miliaire caractéristique. Elle prend le nom de *suette des Picards*, que, à cause de l'éruption miliaire, on a longtemps considérée comme une maladie essentiellement différente du *sudor Anglicus*. Elle se montre épidémiquement d'abord à Abbeville; puis elle atteint Saint-Quentin et envahit toute la Picardie, ainsi que la partie occidentale de la Flandre. C'est à Bellot qu'on doit l'histoire de cette épidémie. Voici, d'après lui, les principaux symptômes observés : invasion subite, oppression, douleur épigastrique, prostration; puis sueurs profuses, fétides, accompagnées de fourmillements et d'anxiété; enfin l'éruption rouge et confluente. Bellot, voyant dans les congestions et les épistaxies qui se produisirent dans quelques cas, une indication du traitement antiphlogistique, fit un fréquent usage d'émissions sanguines modérées. La marche de la maladie était insidieuse et rapide; les malades mouraient souvent au bout de vingt-quatre heures. De la Picardie l'épidémie s'étendit à la Normandie et gagna même Paris en 1747, mais elle y fut très-bénigne.

Vers le même temps (1734) la suette éclate à Strasbourg à la suite d'une inondation du Rhin, et apparaît tout d'abord dans une armée impériale qui, après avoir séjourné dans un camp malsain pendant l'été, était venue prendre ses quartiers d'hiver à Strasbourg. D'après la description qu'en a laissée Saltzmann, l'affection semble avoir affecté une forme typhoïde. Ce caractère typhoïde se retrouve dans toutes les épidémies qui, à la suite de celle de Strasbourg, régnèrent en Franconie, en Bavière, dans le Palatinat et même en Silésie.

Après une assez longue période, pendant laquelle la suette dissémine ses apparitions dans tout le nord de la France, paraissant se confiner sur certains points et y devenir endémique, on la voit se produire dans le Midi pour la première fois. D'après Pujol[1], ce serait à la suite du curage du canal du Midi, entrepris pendant les chaleurs torrides de l'été de 1781, que se serait développé ce terrible fléau qui fit trente mille victimes. Castelnaudary, Castres, Carcassonne, Toulouse et Perpignan furent les centres de l'épidémie.

A part quelques petites épidémies isolées qui se montrèrent dans le nord de la France, la suette languedocienne fut la dernière manifestation de la maladie pendant la fin du XVIII[e] siècle. En 1802 elle éclate subitement dans un petit village de Franconie, à Rœtteingen. Cette épidémie, décrite par Sennert, fournit des arguments puissants aux partisans de l'identité complète du *sudor anglicus* et de la *suette picarde*. En effet, Sennert décrit une affection caractérisée par une anxiété inexprimable, par des sueurs abondantes et fétides, par une constriction douloureuse du thorax. Dans les cas graves la mort survenait au bout de quinze à dix-huit heures; si le malade résistait plus de vingt-quatre heures, il était sauvé. Alors on voyait survenir l'éruption miliaire; mais ce n'était pas un fait constant. On peut donc considérer cette épidémie comme un type mixte, comme une forme de transition entre le *sudor anglicus* et la *suette picarde*, puisqu'on y voit en même temps la suette caractérisée tantôt par des accidents nerveux de forme pernicieuse, tantôt par une éruption miliaire. C'est pourquoi, malgré son peu d'importance comme étendue et comme durée,

cette petite épidémie offre un intérêt considérable au point de vue nosologique.

En 1821 éclate une nouvelle épidémie de suette qui sévit sur une grande partie du nord de la France et qui est connue plus particulièrement sous le nom d'*épidémie de l'Oise.* Elle a dû sa célébrité bien moins à sa gravité qu'aux travaux des médecins qui l'ont décrite. Elle a été caractérisée principalement par des symptômes gastro-intestinaux. Aussi Rayer qui en a laissé une histoire très-intéressante, considérant les désordres intestinaux comme produits par une gastrite, et l'éruption comme une phlegmasie de la peau, fait-il de la suette une affection inflammatoire; il conseille donc les émissions sanguines.

A partir de cette époque, toutes les épidémies qui se sont produites en France, ont été le sujet de rapports à l'Académie de Médecine. Aussi l'histoire en est-elle plus facile et présente-t-elle des caractères d'authenticité plus grands. En 1832, le choléra, à sa première apparition en France, envahit les mêmes départements de l'Oise que la suette avait ravagés épidémiquement dix ans auparavant et où elle régnait encore sporadiquement. C'est pourquoi la suette miliaire complique souvent l'épidémie cholérique; mais elle n'occupe qu'une place secondaire dans la constitution épidémique, et n'apparaît pas dans les cas où le choléra a une marche foudroyante et des symptômes bien accusés. Dans le département de Seine-et-Oise où l'épidémie de suette se montre également en même temps que le choléra, on voit apparaître une intermittence manifeste dans les poussées sudorales et les paroxysmes de la fièvre; le

sulfate de quinine y est employé pour la première fois et avec succès. En 1839, la suette reparaît de nouveau dans la même région et en particulier dans l'arrondissement de Coulommiers; la relation de cette épidémie a été faite par MM. Barthez, Landouzy et Gueneaud de Mussy. L'affection ne présente aucune forme nouvelle; elle est caractérisée par des désordres gastro-intestinaux et par l'éruption miliaire.

L'épidémie de la Dordogne, en 1841, a été minutieusement observée par M. Parrot. Elle est précédée pendant deux ou trois ans d'épidémies de scarlatine, de rougeole et de variole; puis on voit apparaître une maladie encore inconnue dans le pays, c'est la suette miliaire. Les premiers cas présentent un état pernicieux très-grave. M. Parrot distingue deux formes de la maladie : l'une présente les symptômes ordinaires de la suette miliaire auxquels se joignent des symptômes gastriques, vomissements, diarrhée, coliques; l'autre est franchement congestive. Dans un assez grand nombre de cas, la fièvre fut rémittente; ils guérirent par le sulfate de quinine.

En 1845 éclate l'épidémie de Poitiers qui fut étudiée par MM. Grisolle, Loreau, Gaillard et Orillard. Elle présente à peu près toutes les formes; mais la prédominance des symptômes nerveux a surtout été observée, constituant presque toujours des cas graves; c'est dans cette épidémie qu'on a inauguré l'emploi de l'ipécacuanha comme traitement héroïque, il a donné detrès-bons résultats. On n'a vu dans aucun cas l'indication du traitement par le sulfate de quinine.

En 1849 la suette reparaît avec le choléra comme en

1832 et le suit dans toutes ses pérégrinations. Les départements de l'Oise et de Seine-et-Oise sont encore les premiers atteints; plus tard la Somme, l'Yonne, l'Aisne et la Marne le furent également. Mais la coexistence des deux maladies sur un même sujet et aussi des deux épidémies dans une même localité est loin d'être un fait constant. On doit à M. Foucart un travail très-intéressant et très-complet sur ces différentes épidémies. La suette miliaire présente dans la majorité des cas deux caractères qui lui sont propres: C'est une extrême bénignité et la prédominance des symptômes gastriques. De là le succès incontestable de l'ipéca; sur 1005 cas qu'il eut à traiter, M. Foucart n'eut pas une seule mort. Généralisant ses observations et sa méthode de traitement, il en vint à faire de l'ipéca un spécifique pour toutes les épidémies de suette, comme si la suette par la variété de ses formes n'était pas la maladie qui échappe le plus directement à l'action d'un spécifique. Dans cette même épidémie, les rapports de la suette auxiliaire avec le choléra ont été le sujet de divergences très-grandes. Les uns, comme M. Bucquoy, ont prétendu qu'il y avait exclusion réciproque, non-seulement entre les deux maladies, dans un cas individuel, mais aussi entre les deux épidémies dans une même localité; d'autres au contraire ont observé des cas où la coexistence des deux maladies était évidente. Devant l'évidence des faits l'opinion des premiers n'est plus soutenable.

Dans la même année 1849, la suette se montra aussi dans le Bas-Rhin aux villages de Nothalten et d'Andlau; elle y fut étudiée par M. Tauflieb. Complétement isolée

de l'influence cholérique, elle affecta le type intermittent et dans presque tous les cas fut avantageusement modifiée par l'emploi du sulfate de quinine; elle resta très-localisée. En 1851 M. Alquié (de Montpellier) eut également à observer à Pézenas (Hérault) une épidémie de suette où des cas d'intermittence pernicieuse furent nombreux; il conclut également à l'emploi du sulfate de quinine.

En 1854 on retrouve la suette dans l'Oise, la Marne, la Haute-Marne, la Haute-Garonne, et la Lozère. M. Foucart observa dans la Haute-Garonne et la Haute-Marne que souvent la suette et le choléra ont régné ensemble dans la même commune, mais que pour les cas individuels il n'y avait ni antagonisme, ni coexistence forcée entre les deux maladies. Cette année-là, la suette régnant sous une constitution épidémique identique à celle de 1849, présenta également les mêmes caractères de bénignité et d'état catarrhal des voies digestives.

En 1856 la suette se montre dans la banlieue de Strasbourg, au village de Neuhof, situé entre le Rhin et le Brun-Waser, sur un terrain qui est souvent visité par les inondations. La relation en a été faite par M. Robert. Elle apparaît à la fin d'une épidémie de variole. Elle affecte de préférence la forme gastrique; cependant elle présente quelques cas d'intermittence qui cèdent au sulfate de quinine. En 1857 et en 1859, la Dordogne présente une épidémie peu grave où les formes gastrique et intermittente furent signalées.

En 1860 il se produit une épidémie dans le Var. M. Boyer-Gubert qui l'a observée à Draguignan a constaté dans un grand nombre de cas une complication

d'état pernicieux et de malignité. Cette complication a été vue exclusivement dans les localités où la fièvre pernicieuse est endémique, à Draguignan par exemple, où depuis longtemps on la rencontre fréquemment, soit seule, soit compliquant la plupart des maladies régnantes. Dans un certain nombre de cas la perniciosité s'est montrée sans avoir été précédée de fièvre et alors le premier accès emportait le malade. D'ordinaire la fièvre commençait avec l'apparition de la suette ; elle était franchement intermittente ou rémittente, de sorte que l'emploi du sulfate de quinine était tout indiqué.

J'ai déjà dit que la suette miliaire a fait plusieurs apparitions dans la vallée de la Loire en 1857 et en 1868. Dans ces différentes circonstances elle s'est montrée avec des caractères exactement semblables. De plus elle présente une analogie très-grande dans sa symptomatologie avec la suette qui a été observée dans le Var et dans l'Hérault. En effet, ce qui a dominé dans ces épidémies, ce n'est pas l'état gastrique ; ce sont les troubles nerveux à forme intermittente et pernicieuse. D'où l'accord des observateurs, sur les bords de la Loire aussi bien que dans le Var, pour conseiller l'emploi du sulfate de quinine.

CHAPITRE II.

DE LA SYMPTOMATOLOGIE.

Presque tous les auteurs, dans leur description de la suette, ont vu une analogie complète entre cette maladie et les fièvres éruptives; ils lui ont reconnu quatre périodes distinctes; une période prodromique, une période d'invasion, une période d'éruption et une période de desquamation. M. Foucart a été plus loin encore dans ses divisions et a décrit une cinquième période, *période d'état*, intermédiaire entre le moment de l'invasion et celui de l'éruption, et pendant laquelle la maladie se confirme. Mais ces périodes sont loin d'être aussi tranchées que celles de la variole par exemple; elles ont seulement l'avantage de faciliter la description.

Prodromes.

La période prodromique a été observée par quelques auteurs, M. Foucart a constaté qu'elle a existé dans les deux cinquièmes des cas qu'il a vus. Je ne l'ai jamais rencontrée, et bien que mon attention se fût portée de ce côté-là, je n'ai trouvé dans les réponses d'aucun malade rien qui indiquât que la maladie s'était annoncée par quelques signes. Dans tous les cas elle avait débuté subitement. On peut, il est vrai, attribuer cette absence de prodromes à la difficulté d'être renseigné par des malades, comme ceux de la campagne, qui n'ont pas l'habitude de s'observer beaucoup. Mais, en temps d'épi-

démie, leur insouciance habituelle fait place à une frayeur exagérée et le moindre accident leur devient prétexte à inquiétude. Je suis certain que, dans tous les cas que j'ai observés, les signes prodromiques ont fait défaut et je ne crois pas qu'on soit autorisé à invoquer cet argument.

Dans les cas où on a rencontré des prodromes, ils ont consisté principalement en un peu de céphalalgie sus-orbitaire, en quelques étourdissements ou vertiges, en une légère courbature; quelquefois c'était de l'inappétence, des nausées. Dans un très-petit nombre d'observations, les malades ont été pris, la veille de l'invasion, d'une douleur lombaire assez violente qui a disparu au moment où l'affection s'est déclarée d'une façon bien manifeste. La suette ne s'est pas toujours annoncée d'une façon aussi vague ; quelquefois en effet, on a vu un embarras gastrique bien caractérisé précéder de deux ou trois jours le début de la maladie. Il semblerait que dans ces cas il y a eu interversion des symptômes, puisque presque toujours l'embarras gastrique ne se manifeste que le deuxième ou le troisième jour de l'invasion.

M. Foucart est le seul qui ait rencontré aussi fréquemment des prodromes. Avant lui, MM. Rayer, Parrot, Gaillard, Barthez, Landouzy et Gueneau de Mussy avaient établi que l'absence de signes prodromiques est un fait à peu près constant.

Invasion.

Le début de la maladie est presque toujours brusque.

Le sujet, après sa journée de travail, prend son repas du soir et se couche comme d'habitude. Dans la nuit, il se réveille tout à coup, baigné d'une sueur abondante, se plaignant parfois de céphalalgie, de courbature, d'envies de vomir. Telle est l'invasion ordinaire de la suette. Ce début nocturne est très-fréquent et se rencontre dans les quatre cinquièmes des cas. Doit-on l'attribuer à l'activité momentanée imprimée au système circulatoire par le dernier repas du soir? Il est probable que le travail de la digestion pendant la nuit met le sujet dans des conditions plus favorables au développement de la maladie. D'autres fois, le malade est surpris au milieu de son travail par un sentiment de faiblesse extrême et par des sueurs si abondantes qu'il tombe immédiatement dans un anéantissement complet.

Ainsi donc sueur abondante, tellement considérable qu'elle traverse les draps et les couvertures, voilà le premier symptôme toujours constant et si important qu'il caractérise à lui seul l'invasion de la suette. Plus tard, si le malade n'est pas changé de linge et si, par peur d'un refroidissement, il est maintenu dans un lit malpropre, il se développe une fermentation quasi-putride et une odeur fétide que les premiers observateurs ont comparée à l'*odeur de paille pourrie.*

Dans la plupart des cas, la sueur survient sans avoir été précédée de frisson ; c'est à peu près, sauf l'abondance extrême de la température, le troisième stade d'un accès de fièvre intermittente auquel auraient manqué les deux premiers, le frisson et la chaleur. Cependant, dans quelques épidémies qui ont affecté plus particulièrement une forme pernicieuse, les accès

ont été précédés du frisson caractéristique, telles sont les épidémies de la Dordogne, de l'Hérault et du Var. Je n'ai constaté le frisson initial chez aucun des malades que j'ai observés, et cependant l'intermittence et la malignité se sont montrées manifestement dans quelques cas.

La sueur apparaît le plus souvent seule comme phénomène initial. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et dans un assez grand nombre de cas, dans les cas graves surtout, on voit survenir comme phénomène concomitant un sentiment très-pénible de constriction épigastrique qui deviendra, à un moment plus avancé de la maladie, un accident des plus sérieux. Cette apparition prématurée de la gêne épigastrique peut donner une présomption de gravité.

A partir du début de l'affection jusqu'au moment de l'éruption, il s'écoule un temps variable de quarante-huit à soixante-douze heures dont M. Foucart a fait une période d'état. Voici quels sont les phénomènes qui signalent cette époque de la maladie. Le malade est couvert d'une sueur abondante; la peau est chaude, sans aucune coloration anormale; le pouls large, plein, un peu accéléré, mais sans caractère fébrile; il ne dépasse pas ordinairement 90 pulsations. Les urines deviennent plus rares et se suppriment même quelquefois; cette diminution ou cette suppression de la sécrétion urinaire est en rapport direct avec l'abondance et la durée de la sueur. En même temps se montre la constipation, mais bien plus constante, bien plus opiniâtre que le phénomène précédent. Du jour où les malades se mettent au lit jusqu'au moment où se fait

l'éruption et quelquefois même après l'éruption faite, on observe une suppression complète des selles. M. Foucart attache à ce phénomène une très-grande importance; il prétend qu'il tient sous sa dépendance la durée de la période d'invasion et que, si on fait cesser la constipation, on avance d'autant la période d'éruption. Pendant ce temps, la langue reste humide et rose; le tube digestif n'est pas encore sensiblement atteint.

Vers la fin du deuxième jour, la langue devient blanche, se recouvre d'un enduit saburral. L'anorexie est complète, la soif est presque toujours augmentée; mais cette augmentation n'est pas en rapport avec la déperdition considérable qui se fait par la peau. C'est à ce moment surtout que la sensation de malaise épigastrique, d'oppression sous-sternale, accompagnée souvent de nausées et même de vomissements, fait souffrir atrocement les malades.

Ce sentiment de constriction épigastrique et sous-sternale amène une gêne considérable de la respiration; de là, comme conséquence, ampliation plus considérable de la poitrine, inspirations plus profondes. Dans certains cas, la gêne respiratoire se complique d'un sentiment de constriction pharyngienne qui étrangle pour ainsi dire le malade. La suffocation paraît donc avoir un siége différent, suivant les cas : chez les uns, c'est par la contracture diaphragmatique et l'arrêt des mouvements respiratoires que se produit l'étouffement; chez les autres, il y a plutôt étranglement pharyngien. Cette strangulation est la cause d'angoisses terribles pour le malade, et dans la plupart des cas, c'est elle qui amène la mort.

En même temps que ces phénomènes de suffocation, on voit survenir très-fréquemment du délire et de l'agitation. Le malade est inquiet ; il ne sait où reposer sa tête, il parle continuellement de sa fin prochaine. L'insomnie est un fait très-fréquent. Il n'est pas rare, d'ailleurs, de voir les malades préférer la veille au sommeil qui ne fait qu'augmenter leurs souffrances ; une fois endormis, ils tombent dans des cauchemars effrayants ; aussi parfois exigent-ils qu'on les tienne éveillés.

Les accidents de suffocation et d'agitation ne sont pas en général continus ; il n'y a que l'embarras gastrique qui soit persistant. Quant aux autres phénomènes, ils se manifestent souvent par accès, ou d'une manière rémittente, par paroxysmes. C'est ici que se place la question si discutée de l'intermittence. MM. Gaillard, Foucart et un grand nombre d'auteurs nient d'une façon absolue l'intermittence des accidents de la suette et la mettent, quand elle se produit, sur le compte du traitement. MM. Parrot, Dumas et Alquié (de Montpellier), Boyer-Gubert et Tauflieb au contraire ont vu les accidents nerveux suivre une marche intermittente bien évidente. Quant à nous, bien que notre opinion n'ait pas grand poids auprès d'autorités aussi compétentes, nous avons observé, dans un certain nombre de cas presque tous très-graves, une intermittence bien caractérisée qui semblait rapprocher beaucoup la maladie que nous avions sous les yeux d'un accès de fièvre pernicieuse. En effet, dans l'intervalle des accès, on trouve bien l'état saburral persistant ; mais la sueur est modérée, souvent même supprimée, le pouls est à

peu près normal, le calme est revenu dans l'appareil nerveux. Presque toujours ces accès à forme pernicieuse sont nocturnes ; aussi les malades redoutent-ils énormément l'arrivée de la nuit.

La période que nous venons de décrire est de toutes la plus dangereuse ; c'est le plus souvent pendant ce moment de la maladie que le sujet succombe. Quand l'éruption est apparue, en général le danger est passé ; on voit disparaître promptement les accidents graves qui se sont montrés du côté du système nerveux dans les premières périodes.

Eruption.

C'est vers la fin du troisième ou au commencement du quatrième jour qu'apparaît l'éruption. Mais il n'en est pas toujours ainsi et on trouve dans les auteurs des faits d'éruption ne se manifestant qu'au vingt-septième, au trentième ou au trente-quatrième jour de la maladie. Souvent l'éruption est annoncée par une sensation particulière qui consiste en un picotement, un fourmillement général sur toute l'étendue de la peau. Je n'ai pas eu d'occasion de constater ce prurit généralisé. Dans tous les cas que j'ai vus, l'éruption miliaire est apparue sans que le malade s'en doutât. En même temps, on voit survenir parfois un redoublement d'anxiété, une suffocation momentanément plus forte ; mais ces accidents sont en général de courte durée et disparaissent aussitôt l'éruption apparue.

Dans le plus grand nombre des cas, les boutons ont commencé à paraître sur les côtés du cou, à la partie

antérieure et supérieure de la poitrine, aux avant-bras et aux bras, puis aux cuisses, aux jambes, dans le dos et au ventre. Rarement la face est atteinte par l'éruption ; cependant j'ai vu dans un cas quelques taches vésiculaires répandues sur le front.

L'éruption miliaire de la suette n'a pas toujours le même aspect. On en reconnaît généralement trois variétés qui ont été très-bien décrites par Rayer. Quant à nous, nous n'en avons observé qu'une seule, c'est la miliaire rouge ; mais nous croyons devoir rapporter les espèces différentes qui sont consignées dans les auteurs.

1° *Miliaire blanche.* — La miliaire blanche n'est autre chose qu'une éruption de sudamina, mais confluente, sans auréole rouge, sans aucun changement de couleur à la peau. Elle a été rarement observée seule ; le plus souvent elle se combine avec une des deux autres formes sans aucune régularité.

2° *Miliaire rouge.* — C'est la seule que nous ayons vue ; c'est aussi la plus fréquemment observée. Elle débute par de petites taches rouges, circulaires, irrégulièrement disposées, saillantes à leur centre, donnant au doigt, que l'on promène sur le tégument, la sensation d'une peau chagrinée. Cette saillie de la peau est constituée par une très-petite vésicule qui ne prend pas d'accroissement. L'éruption offre tout à fait l'aspect des exanthèmes sudoraux qu'on rencontre souvent chez les arthritiques pendant les grandes chaleurs. Cette identité de la miliaire de la suette avec les miliaires qu'on voit se produire dans les cas qui n'ont rien de pathologique, m'avait amené à penser que dans l'une et l'autre circonstance la miliaire pourrait bien avoir la même

origine, c'est-à-dire des sueurs abondantes. M. Bazin, que j'ai consulté à cet égard et qui a bien voulu m'honorer de ses conseils, m'a objecté que dans la suette la miliaire présentait autour de la vésicule acuminée une auréole rouge qu'on ne rencontrait pas dans les exanthèmes sudoraux.

Quelquefois la vésicule centrale prend de l'accroissement jusqu'à acquérir le volume d'un grain de chènevis ou de millet, tout en restant entourée d'une auréole d'un rouge vif. Le liquide qu'elle renferme, d'abord transparent, devient bientôt lactescent, puis purulent ; au bout de deux ou trois jours les vésicules se dessèchent et la desquamation commence.

3° *Miliaire hémorrhagique*. — Quelques auteurs, et en particulier M. Foucart, ont observé des éruptions de miliaire au milieu desquelles on trouvait un assez grand nombre de vésicules remplies de sang au lieu de sérosité. Ces taches hémorrhagiques, au bout de quelques jours, augmentaient de diamètre en s'étalant et formaient de petites ecchymoses. Ces cas de suette hémorrhagique ont tous été graves, de sorte que cette variété d'éruption peut être considérée comme de mauvais augure.

A partir du moment où l'éruption est bien confirmée, les sueurs diminuent d'intensité et même cessent presque complétement ; le mouvement fébrile, en général très-modéré, disparaît également. Les accidents nerveux diminuent de plus en plus, sans toutefois cesser complétement ; ainsi le malaise épigastrique, la constriction pharyngienne, quoique moins intenses, per-

sistent encore quelque temps et reparaissent le soir principalement.

Pendant le cours de l'éruption, la langue conserve le même aspect que pendant la période précédente ; elle est blanche, recouverte d'un enduit épais. M. Foucart décrit une éruption qu'il a observée sur la muqueuse buccale ; la voûte palatine, le voile du palais, la face interne des joues, présentaient des rougeurs disséminées, un pointillé plus foncé qu'à l'état normal. Au bout de quelques jours ces vésicules s'excoriaient et se convertissaient en petits aphthes. Je ne crois pas que d'autres auteurs aient signalé des éruptions semblables dans la bouche.

La durée de l'éruption est variable. Lorsqu'elle débute confluente et sur toute la surface du corps à la fois, l'éruption ne dure ordinairement pas longtemps ; en quarante-huit heures tout est fini, et la desquamation commence. Dans les cas où l'éruption se fait successivement, la durée de la période est plus longue ; elle peut être de trois, quatre et même cinq jours. D'autres fois enfin il se produit une série d'éruptions successives, et à chaque poussée nouvelle on voit survenir une exacerbation de la fièvre, de la sueur et des phénomènes nerveux. Cette succession de poussées périodiques a été parfaitement observée par MM. Gaillard et Taufiieb qui ont remarqué qu'elles sont très-dangereuses et souvent mortelles.

Desquamation.

Vers le sixième jour, rarement plus tard, commence la desquamation. Elle peut affecter deux formes ; elle se

fait ou par petites écailles furfuracées analogues à celles qu'on observe dans la rougeole, ou par plaques épidermiques assez larges comme dans la scarlatine. Je n'ai observé que la première variété de desquamation.

A cette époque de la maladie, le sujet est en pleine convalescence ; il ne ressent plus que quelques malaises passagers. Il n'y a plus ni fièvre, ni sueur ; la langue se nettoie et redevient humide, elle reprend sa teinte rosée normale, sans qu'on puisse noter une véritable exfoliation épithéliale. L'appétit revient assez rapidement ; mais il faut prendre de grandes précautions pour la première alimentation des malades, car il arrive souvent que l'ingestion d'aliments solides est suivie de douleurs intolérables dans la région épigastrique. En général, la convalescence marche rapidement ; cependant elle ne s'établit pas dans tous les cas aussi franchement, et parfois elle est longue et pénible. Alors on voit se prolonger l'inappétence, la faiblesse, la céphalalgie et même des étouffements qui interrompent le sommeil.

Anomalies. — Quoique la miliaire accompagne presque toujours la suette, l'éruption n'est pas un fait constant, et nous avons observé des cas où, malgré toute notre attention, il nous a été impossible de découvrir des traces d'éruption. Borsieri admet l'existence de la suette sans éruption ; Rayer est aussi affirmatif sur ce point. M. Gaillard n'en cite qu'un seul cas, au sujet duquel il fait même des réserves. M. Foucart, s'en rapportant au grand nombre de malades qu'il a observés, met en doute l'existence de la suette sans éruption, et

conclut en disant que dans les faits cités les symptômes de la suette ne sont pas assez évidents pour qu'on puisse admettre cette anomalie. Nous nous appuyons sur l'autorité de Borsieri et de Rayer, ainsi que sur les observations que nous avons recueillies pour soutenir l'opinion contraire. En effet, dans les deux cas que nous rapportons, le début de la maladie a été signalé par des sueurs très-abondantes accompagnées de symptômes nerveux très-graves, suffocation, délire, agitation. En temps d'épidémie n'est-on pas autorisé, en présence de symptômes aussi accentués, à affirmer qu'on a affaire à de la suette ? D'ailleurs, dans cette circonstance, je trouve M. Foucart en contradiction avec lui-même ; il est partisan de l'identité complète du *sudor anglicus* et de *la suette picarde ;* peut-il après cela nier l'existence de la suette sans éruption ?

La suette sans éruption n'est pas la seule anomalie qu'on ait constatée. M. Foucart a observé plusieurs cas où les sueurs ont fait défaut au milieu des autres manifestations de la maladie. Pour lui, le symptôme essentiel et presque pathognomonique de la suette, c'est l'embarras gastrique ; aussi, dans une épidémie, toutes les fois qu'il rencontre ce symptôme, même sans accompagnement de sueur, est-il tenté de faire rentrer ce cas dans la maladie qu'il observe. Je crois que cette opinion est trop absolue, et que les faits qu'il rapporte ont besoin d'une nouvelle confirmation.

DURÉE. — PRONOSTIC.

La durée de la suette miliaire simple, régulière, qu'on pourrait appeler bénigne, est rarement de plus de sept à huit jours. A dater du début de la maladie, on a trois jours le plus souvent pour la période d'invasion, deux jours, quelquefois trois pour la période d'éruption; avec la desquamation finit la maladie et commence la convalescence. Les cas où la maladie dure plus longtemps sont ceux où l'affection se dessine mal, débute péniblement, et se traîne avec des symptômes peu accentués pour éclater tout d'un coup avec des accidents effrayants.

C'est qu'en effet la suette est loin d'avoir toujours des allures aussi modérées et aussi régulières. Elle prend parfois une forme insidieuse, et, après s'être révélée seulement par quelques symptômes bénins, on la voit tout d'un coup donner lieu à des accidents terribles de suffocation et de délire qui emportent les malades en quelques heures. « Fallacissimus morbus, a dit Borsieri. » Aussi un grand nombre d'observateurs ont-ils distingué des suettes bénignes et des suettes malignes. Ces dernières, qu'il est souvent difficile de pressentir, peuvent être comptées parmi les maladies les plus graves que l'on puisse voir. En effet, il arrive souvent qu'on quitte un malade assez légèrement atteint et dans un état tout à fait rassurant; mais il a suffi de quelques heures pour que le tableau soit complétement changé, et pour qu'on retrouve le malade en proie à une agitation nerveuse qui laisse le médecin sans ressource.

De là la réserve extrême qu'on doit apporter dans le pronostic, parce que souvent au début la suette bénigne et la suette maligne ont la même apparence ; par conséquent on ne peut dire qu'elle est bénigne que lorsque tout est terminé. Le plus souvent, dans les cas graves, lorsque la mort survient, elle se produit du deuxième au quatrième jour. Cependant M. Parrot a vu un assez grand nombre de malades succomber au bout de vingt-quatre heures, quelques-uns même en huit heures.

CHAPITRE III.

DES FORMES DE LA SUETTE.

La question de l'identité de la suette dans ses différentes manifestations a soulevé dans ces derniers temps des discussions graves dans lesquelles chaque observateur a appuyé son opinion des faits qu'il avait observés.

Parmi les partisans de l'identité complète de toutes les épidémies de suette, le plus affirmatif est M. Foucart. Ayant observé spécialement les deux grandes épidémies de 1849 et de 1854, il leur trouva une analogie parfaite dans leur gravité, dans leurs manifestations symptomatiques et dans leur manière de se comporter vis-à-vis d'une même médication; de cette ressemblance, il conclut à l'identité dans tous les cas. Mais si ces deux épidémies étaient identiques, si elles se ressemblaient toutes deux par la prédominance des phénomènes gastriques, il ne faut pas oublier que, dans les deux

cas, la constitution épidémique était la même et que l'influence cholérique se montrait dans toutes les épidémies. Et puis que prouvent deux épidémies en face de descriptions si variées où l'on voit prédominer tantôt les phénomènes gastriques, tantôt les troubles nerveux, d'autres fois les accidents intermittents et pernicieux? Est-il permis d'être aussi affirmatif au milieu d'une si grande diversité? On peut donc conclure que la suette miliaire est loin de revêtir la même forme dans toutes ses épidémies et qu'on peut distinguer un certain nombre de types qui se sont montrés suivant les conditions hygiéniques et climatériques du pays ou suivant la constitution régnante.

Ces formes de la suette résultent de la prédominance marquée de tel ou tel symptôme; en effet, les accidents qui caractérisent la maladie peuvent se produire, se succéder, s'enchaîner de façons différentes et donner à leur ensemble une forme spéciale. On peut distinguer quatre formes de suette miliaire :

1° Forme sudorale ;
2° Forme gastrique ;
3° Forme nerveuse ;
4° Forme intermittente.

Forme sudorale. — Comme son nom l'indique, cette forme est caractérisée par la prédominance de la sueur. Elle s'est surtout montrée dans les épidémies anglaises. Là, en effet, on trouve des sueurs d'une abondance extrême, accompagnées de constriction épigastrique, mais sans éruption. A part les cinq épidémies anglaises, cette forme n'a pas été observée depuis, si ce n'est dans la

petite épidémie de Rœttingen, où cependant l'éruption a été signalée quelquefois.

Dans la *suette picarde*, la sueur semble encore être le phénomène prédominant; du moins, l'abondance des sueurs a tellement frappé les observateurs, qu'ils rapportent que les malades étaient littéralement inondés dans leur lit et qu'ils répandaient autour d'eux une odeur de paille pourrie.

Forme gastrique. — La suette s'est montrée dans ces derniers temps si souvent en compagnie du choléra, que l'influence cholérique s'est traduite par une prédominance très-marquée des phénomènes gastriques. C'est ce qui fait qu'un grand nombre d'auteurs, qui ont publié des travaux importants sur la suette et qui l'ont toujours observée à la suite du choléra, ont accordé une importance exagérée aux phénomènes gastriques, dont la prédominance était évidente.

A cette forme, on peut rattacher une particularité intéressante, qui a été signalée dans quelques cas; c'est une éruption de miliaire intestinale. Bourgeois, dans l'épidémie de Coulommiers, constata, sur un sujet dont il put faire l'autopsie, que toute la muqueuse intestinale était parsemée de miliaire. M. le professeur Wieger (de Strasbourg) rapporte un cas qu'il rapproche de celui-ci; mais malheureusement l'autopsie n'a pas été faite, et, par conséquent, le fait n'a pu être confirmé. Il s'agit d'un enfant atteint de miliaire très-confluente, qui fut pris, au moment où l'éruption apparut sur la surface cutanée, d'une diarrhée très-intense qui l'emporta rapidement. Mais on n'a pu constater l'éruption intestinale, cause supposée d'un flux aussi violent.

Forme nerveuse. — Les accidents nerveux, en prédominant sur les autres symptômes de la suette, peuvent affecter deux caractères différents. Tantôt il y a dépression des fonctions centrales, tantôt, au contraire, il y a des phénomènes d'excitation. De là, deux variétés bien distinctes de la forme nerveuse : une variété adynamique et une variété ataxique.

La forme ataxique se traduit par une céphalalgie intense, des vertiges, de l'agitation, de d'insomnie, une fièvre ardente, phénomènes qui accompagnent ou précèdent même la sueur. La gêne épigastrique se transforme en une constriction insupportable ; la respiration devient haletante, très-douloureuse, la suffocation est imminente, et les malades meurent comme étranglés. En même temps, on observe un délire intense, s'accompagnant d'inquiétude, d'anxiété, de carphologie, de soubresauts dans les tendons. Cette variété n'a jamais été observée dans toute une épidémie, mais presque toutes en ont fourni quelques cas.

Dans la variété adynamique, les accidents débutent, comme dans la précédente, par une céphalalgie violente et d'atroces angoisses dues à la suffocation. Mais, comme si, dans ce cas, l'organisme devait répondre d'une façon différente à la même incitation, à la place du délire et de l'agitation, on observe de l'abattement, de la stupeur et du coma. Les idées sont incohérentes ; le malade répond mal ou ne répond pas aux questions qu'on lui adresse ; le visage est hébêté, les yeux sont fixes, la langue est sèche, les dents couvertes de fuliginosités. Puis on voit survenir des soubresauts des tendons, des convulsions ; il y a relâchement des sphincters, et, si cet

état n'est pas terminé par une mort rapide, il se produit des hypostases et des gangrènes. Cette forme adynamique ne se montre guère que dans quelques cas isolés, où elle semble déterminée par une prédisposition individuelle. Cependant elle a caractérisé toute une épidémie qui a ravagé Strasbourg en 1734 ; mais, dans ce cas, elle succédait à la guerre, à la disette, au typhus, et se produisait au milieu d'une armée battue.

Forme intermittente. — Cette forme, quoique parfaitement observée par beaucoup d'auteurs, a trouvé dans M. Foucart un contradicteur acharné. Parmi les nombreux malades qu'il a vus, il dit n'en avoir rencontré que deux qui présentassent des symptômes intermittents assez évidents pour que l'emploi du sulfate de quinine fût indiqué.

Mais des faits nombreux et bien observés viennent contredire l'opposition de M. Foucart. Delisle, dans l'épidémie de l'Oise, en 1832, constata l'intermittence des accidents dans soixante-deux cas. L'épidémie du Périgord, en 1841-1842, présenta aussi de nombreux faits d'intermittence. Il en est de même de l'épidémie de Nothalten, en 1849, dans laquelle M. Tauflieb retira de bons effets de la médication antipériodique. Depuis, l'épidémie de l'Hérault et celle du Var sont venues s'ajouter à ces faits déjà assez nombreux. L'épidémie de l'Hérault, celle de Pézenas spécialement, a fourni à MM. Alquié et Furster (de Montpellier) l'occasion de combattre l'opinion trop exclusive de M. Foucart sur la nature et le traitement de la suette. Dans l'épidémie de Draguignan, les phénomènes intermittents et pernicieux ont été encore plus accusés.

CHAPITRE IV.

OBSERVATION I.

Femme M..., 22 ans, éprouve un peu de malaise qui l'oblige à suspendre son travail et à quitter les champs pour rentrer chez elle. Au milieu de la nuit elle se réveille couverte de sueur et un peu oppressée. On vient me chercher en toute hâte.

C'était la première malade que je voyais dans le village. Je la trouvai dans l'état suivant : sueurs abondantes, peau chaude, pouls à 90, langue humide, ne présentant pas d'enduit blanchâtre; pas de ballonnement ni de douleur au ventre; gène épigastrique légère. On avait établi dans la chambre une chaleur suffocante; le poële était chauffé au rouge. En outre, la malade était écrasée de couvertures et enfermée dans son lit par des rideaux épais. Je commençai par ouvrir la fenêtre pour diminuer cette chaleur que je n'aurais pu moi-même supporter, et obtins, après de grands efforts, qu'on cessât d'étouffer la malade dans une atmosphère confinée. La malade allaitait un enfant de huit mois. Je conseillai de continuer l'allaitement. — Potion avec 4 grammes d'acétate d'amoniaque, infusion de tilleul, bouillons.

27 février. Je revois la malade dans la journée; la sueur était moins abondante.

Le 28. Pendant la nuit la malade a eu un peu de délire avec de l'agitation ; insomnie ; gêne épigastrique ; sueurs très-abondantes ; pouls à 90; état saburral de la langue. — Ipéca 1 gr. 50.

1er mars. La nuit a été assez agitée ; la malade n'a pas reposé et les sueurs ont été encore très-abondantes. Sur la poitrine et les épaules on commence à apercevoir quelques taches rouges, dont quelques-unes présentent à leur centre une petite saillie acuminée. Je ne peux pas obtenir que la malade soit changée de linge ; l'accumulation de la sueur répand une odeur fétide. L'apparition des premières taches de miliaires me tire d'incertitude et j'annonce à la famille que la malade est atteinte de suette miliaire.

Le 2. La nuit a été moins troublée ; le pouls est à 80 ; les sueurs

sont moins abondantes; l'éruption s'est complétée, elle est répandue sur tout le corps; le visage même en porte quelques traces, le front en particulier. Elle est composée exclusivement par de la miliaire rouge. La malade n'a pas été à la selle depuis qu'elle est alitée. — 30 grammes d'huile de ricin; potages; on change la malade de lit.

Le 3. Sueur très-légère; la langue se nettoie et l'appétit revient; pouls à 70.

Le 4. Sueur nulle. La desquamation commence.

L'amélioration s'accentue rapidement et la malade ne tarde pas à recouvrer ses forces.

OBSERVATION II.

B..., âgé de 16 ans, se plaignait depuis deux jours d'une bronchite légère, lorsque dans la nuit du 26 au 27 février, il fut pris de sueur médiocrement abondante. Les signes prodromiques avaient manqué, car dans la journée le malade avait pu travailler.

Voici l'état dans lequel je le trouve le 28: pouls à 80; peu de chaleur à la peau; langue saburrale; sueur assez abondante; pas de douleur épigastrique; toux fréquente. — Potion avec 4 grammes d'acétate d'ammoniaque; bouillons.

1er mars. L'état du malade n'a pas changé; pas d'éruption sur le corps. — Huile de ricin, 30 grammes.

Le 2. Les sueurs ont été plus abondantes pendant la nuit, le sommeil a été moins bon; cependant, il n'y a pas eu de délire. En examinant le tronc, je trouve sur la poitrine un commencement d'éruption. On voit, disséminées sur le thorax, quelques élevures rouges dont le centre est un peu acuminé. Le malade n'a pas éprouvé de picotements à la peau; l'éruption s'est faite sans qu'il s'en doute. L'appétit est conservé. — Potages.

Le 3. L'éruption est achevée, mais elle est très-discrète; c'est à peine si on constate quelques boutons sur les membres. La nuit a été très-calme.

Le 6. La desquamation commence; l'appétit est redevenu normal, et le malade reprend rapidement sa vie ordinaire.

OBSERVATION III.

J..., 45 ans, a une mauvaise santé habituelle, il souffre depuis longtemps d'une douleur à l'hypochondre droit et a été traité pour une affection du foie. L'épidémie qui a déjà causé un grand nombre de morts l'a vivement impressionné ; il est tourmenté à chaque instant par la crainte d'en être atteint.

Le 27. Il est pris dans la journée d'une céphalagie intense avec contraction épigastrique. Dans la nuit il se réveille couvert de sueurs très-abondantes, en proie à un délire violent ; la suffocation est extrême.

Le 28, je le trouve dans l'état suivant : langue blanche, pouls à 110, sueurs abondantes, pas de délire, mais agitation et anxiété très-grandes ; le malade parle toujours de la gravité de son état et dit qu'il va mourir. Contrairement à l'usage adopté dans le pays depuis le début de l'épidémie, il n'est pas écrasé de couvertures et la chambre dans laquelle il se trouve n'est que médiocrement chauffée. — Ipéca 1 gr. 50 ; potion calmante; sinapismes pour le cas où le délire se reproduirait avec violence.

1er mars. La nuit a été terrible pour le malade ; le sommeil a été tourmenté par des cauchemars pénibles; le délire a augmenté en même temps que la suffocation, angoisses avec agitation et sentiment de défaillance. Les sueurs ont été encore très-abondantes ; le pouls est à 120; état saburral très-prononcé. Pas de trace d'éruption miliaire sur le tronc et les membres. — Huile de ricin, 30 grammes; extrait thébaïque, 0,10 ; sinapismes.

La nuit suivante, la suffocation augmente encore et est poussée à sa dernière limite; le malade meurt au milieu d'une agitation extrême.

OBSERVATION IV.

Femme A..., 26 ans, était enceinte de huit mois et demi environ. Le 2 mars elle avait perdu de la suette son frère qui était mort en quarante-huit heures. La frayeur que cet accident lui produisit fut probablement la cause de l'invasion de la maladie.

Le 5 mars au soir, vers onze heures, elle est prise de fièvre avec délire, agitation, constriction épigastrique, sueurs très-abondantes. Vers

quatre heures du matin, elle ressent les premières douleurs utérines, et à huit heures l'accouchement est terminé. Le délire avait cessé complétement, mais il y avait encore un peu d'agitation.

Le 6, je suis appelé près d'elle vers six heures du matin. Les personnes de son entourage qui, quelques jours auparavant, avaient vu mourir son frère, s'attendaient à une fin prochaine. Je trouve la malade assez calme ; le pouls est à 90, mais la peau est chaude et le visage animé. La délivrance est complétement achevée. La malade me renseigne parfaitement sur son état. J'éloigne tout d'abord l'idée de convulsions éclamptiques. Je prescris immédiatement 1 gramme de sulfate de quinine et je recommande de ne pas l'accabler de couvertures.

Le 7. Je trouve la malade à la fin d'un second accès qui avait duré une partie de la nuit. Pouls à 100, sueurs abondantes, état saburral des premières voies. Le ventre n'était pas douloureux. Nouvelle dose de 1 gr. de sulfate de quinine; boissons froides.

Le 8. La malade a passé tranquillement la journée précédente, mais elle a eu encore pendant la nuit un léger accès de fièvre avec un peu d'excitation. Le pouls est à 80, les sueurs ont beaucoup diminué; pas de trace d'éruption sur le tronc et les membres; langue saburrale, constipation depuis le commencement de la maladie. La malade est toujours très-inquiète de son état. Sulfate de quinine, 50 centigr.; lavement émollient.

Le 9. Pas d'accès pendant la nuit; cependant le pouls est toujours un peu fréquent et il y a encore quelques moments d'agitation. Pas trace d'éruption miliaire. Je ne prescris pas de nouvelle dose de sulfate de quinine.

Le 10. La nuit a été très-calme, la malade a dormi un peu, les sueurs ont disparu. Aucune éruption n'a paru.

A partir de ce moment, l'amélioration fait de rapides progrès, et trois semaines après je pouvais montrer au Dr Thomas, de Tours, la malade complétement remise et vaquant à son travail.

OBSERVATION V.

Mlle T..., 18 ans, avait été prise, le 3 mars dans la matinée, d'un léger accès de sueur. Elle s'était alitée dans la journée, et le soir elle

éprouvait seulement un peu de malaise. Mais dans la nuit, elle fut prise d'une angoisse précordiale très-grande, d'une agitation extrême qui se prolongea pendant toute la nuit.

Dans la matinée, on vint me chercher en toute hâte. A mon arrivée, je trouvai la famille dans la plus grande désolation; la jeune malade râlait suffoquée. Le pouls était filiforme. Il n'y avait plus rien à faire, et au bout de quelques minutes la malade expirait devant moi. J'interrogeai la famille sur les soins qu'on lui avait donnés. On s'était contenté de chauffer fortement la chambre; mais pourtant la température n'était pas assez élevée pour provoquer une suffocation aussi rapide.

OBSERVATION VI.

B..., 20 ans, d'une bonne santé habituelle, fut pris, le 3 mars, en travaillant, de sueurs d'une abondance très-grande sans avoir ressenti auparavant ni céphalalgie ni constriction épigastrique; en même temps, il éprouva un sentiment de faiblesse extrême. Il rentra chez lui et se mit au lit. Dans la journée, le maire du village me pria de l'aller voir.

Je pénétrai dans une chambre où on avait établi une température suffocante; le malade était couché tout habillé et écrasé par de nombreuses couvertures. Il demandait de l'air à grands cris et cherchait en vain à se débarrasser de ses couvertures que plusieurs personnes étaient occupés à maintenir sur son lit. La sueur ruisselait sur son visage; il était en proie à une agitation extrême, et je remarquai dans sa parole une brièveté qui me sembla de mauvais augure.

J'insistai très-vivement auprès de sa famille pour qu'on cessât d'employer des moyens qui ne pouvaient qu'amener rapidement la suffocation. Devant un refus obstiné, je sortis en annonçant sa fin prochaine. Le délire et l'agitation continuèrent toute la nuit, et dix-huit heures après le début de l'affection, le malade mourait dans une agitation extrême.

OBSERVATION VII.

M..., 45 ans, marchand de chevaux, avait passé la journée du 3 mars en courses éloignées. Il rentre chez lui le soir très-tard et mange avec bon appétit. Au milieu de la nuit, il se réveille couvert de sueur, et sa

femme remarque qu'il divague; on a de la peine à le maintenir dans son lit.

Le 4 mars, je suis appelé pour le voir; je le trouvai levé et fumant sa pipe. Il me dit qu'en effet, dans la nuit, il a un peu battu la campagne, mais qu'actuellement il n'est plus malade. Le pouls est à 90; la langue est normale, l'appétit est conservé. Bien qu'il cherche à braver la maladie, il est visible qu'il est profondément impressionné. J'obtiens avec beaucoup de peine de lui faire prendre 1 gramme de sulfate de quinine. Je le quitte en prévenant sa femme de la gravité possible de la maladie et en lui recommandant de me prévenir immédiatement s'il était repris d'un nouvel accès la nuit suivante.

Le 4. L'accès s'est reproduit en effet la nuit suivante, mais moins violent; il y a eu seulement un peu d'agitation. Je trouve le malade couché et affectant toujours la même indifférence pour son état. Le pouls est à 90, la langue normale, l'appétit conservé. Je prescris une nouvelle dose de sulfate de quinine.

Le 5. La nuit a été tout à fait calme et le malade a très-bien dormi. Il est levé et décidé à sortir; il ne porte pas de trace d'éruption.

Les accès ne reparaissent plus et il ne survient aucune éruption sur le corps. Deux jours après, le malade avait repris les courses qu'exige son métier.

CHAPITRE V.

DE L'ÉTIOLOGIE.

L'étude des causes qui produisent la suette est encore peu connue; l'incertitude est aussi grande pour les prédispositions individuelles que pour les conditions hygiéniques et climatériques qui président au développement de la maladie.

1° *Age.* — La suette miliaire a sévi sur tous les âges; depuis l'enfant à la mamelle jusqu'au vieillard, tous peuvent être atteints, bien que dans des proportions différentes. La période de la vie qui fournit le plus grand nombre de malades est celle qui est comprise entre 20 et 35 ans; la première enfance n'est que rarement atteinte. Si on se rappelle que la frayeur est une des causes occasionnelles les plus puissantes de la suette, on pourra peut-être ainsi expliquer l'immunité presque complète de cet âge.

2° *Sexe.* — On peut regarder comme incontestable la fréquence plus grande de la maladie chez les femmes que chez les hommes : le rapport paraît être de 4 à 5. Peut-être, dans ce cas-ci, doit-on invoquer aussi la prédominance dans le sexe féminin de la constitution et du tempérament nerveux.

3° *Tempérament.* — Les constitutions et les tempéraments des individus, considérés isolément, ne paraissent pas avoir une influence manifeste sur la fréquence de la maladie non plus que sur sa gravité.

4° *Conditions hygiéniques et climatériques.* — La plus grande obscurité règne sur ce sujet. Les conditions hygiéniques ne sont cependant pas à négliger. Il est évident, quelle que soit l'épidémie, que ceux-là auront plus de chances d'être atteints, qui vivront dans un milieu plus malsain ou qui auront un genre de vie moins confortable.

Quant à l'influence des eaux stagnantes et des émanations paludéennes, elle a été constatée d'une manière

incontestable dans un certain nombre d'épidémies. Il est certain que la suette se montre souvent dans les pays où la fièvre paludéenne est endémique, et qu'en raison même de cette origine, elle reste localisée à cette région. Mais, d'un autre côté, on la voit souvent apparaître dans des localités où l'influence paludéenne ne peut être invoquée, et où par conséquent les conditions de salubrité et d'hygiène sont excellentes.

Dans les vallées où les inondations sont fréquentes, la suette paraît faire de plus fréquentes apparitions. Ainsi elle a été observée plusieurs fois dans la vallée du Rhin, à la suite d'inondations. De même elle a suivi de quelques mois les inondations de la Loire en 1857 et 1868. On a invoqué aussi les conditions de climat et d'altitude pour expliquer la production des épidémies. Ainsi MM. Landouzy, Barthez et Gueneau de Mussy ont remarqué que, dans l'arrondissement de Coulommiers, les villages où la suette se manifesta avec la plus grande intensité sont ceux qui occupent le fond d'une vallée étroite et arrosée par deux petites rivières, lesquelles, dans les fortes pluies, inondent toutes les plaines environnantes. Ces faits sont contredits par d'autres où l'on voit au contraire l'épidémie apparaître sur des localités élevées et à terrain granitique.

L'agglomération des individus semblerait aussi devoir favoriser l'extension de l'épidémie ; il n'en est rien cependant. En effet, les villes sont rarement ravagées par la suette ; de plus, dans les villages où l'épidémie se montre, elle n'atteint pas spécialement une rue ou une rangée de maisons, mais elle semble disséminer ses

coups sur toute l'étendue de la commune, et par conséquent ne pas profiter de l'agglomération.

5° *Epidémies antérieures.* — Parmi les causes les plus efficientes et les plus faciles à saisir, on doit certainement citer les affections épidémiques qui ont régné plus ou moins longtemps auparavant. Sans citer le choléra, dont l'influence sur l'apparition de la suette a été si évidente dans ces dernières années, on a vu souvent le typhus, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, la fièvre puerpérale, précéder l'apparition de la suette, sans qu'on sache au juste quels sont les rapports qui existent entre ces différentes affections et la suette.

6° *Impressions morales. — Frayeur.* — De toutes les causes occasionnelles, celle qui paraît avoir le plus d'influence, c'est la frayeur. Ainsi, toutes les fois que, dans une localité, arrive une mort inattendue, causée par la suette, la nuit suivante un nombre plus ou moins considérable d'individus sont atteints de la maladie. Il est bien entendu que la frayeur seule ne peut pas produire la suette, et que l'influence épidémique est nécessaire ; mais, le sujet se trouvant dans des conditions favorables au développement de la maladie, il sera atteint plus tôt et plus infailliblement, s'il est sous le coup d'une frayeur vive, et très-souvent l'augmentation de l'impression morale par la nouvelle de quelque accident est le signal de l'invasion.

7° *Contagion et transmissibilité.* — La suette est-elle transmissible ? Et si elle l'est, est-ce par contagion ou par infection ? La suette n'est pas contagieuse. La

non-contagion est prouvée d'une façon incontestable par ce fait que les femmes peuvent continuer à allaiter leurs enfants, sans pour cela les exposer à contracter la maladie.

La suette n'est pas plus transmissible par inoculation que par contact. M. Bossion s'est inoculé le liquide contenu dans les vésicules de la miliaire, et cette inoculation n'a amené aucun résultat. Après lui, M. Parrot, dans l'épidémie de Périgueux, a renouvelé sur lui-même cette inoculation ; la piqûre s'entoura d'une plaque d'un rouge écarlate qui se couvrit rapidement d'une nuée de vésicules identiques à celles de l'éruption épidémique. Mais cette éruption fut purement locale, et ne s'accompagna d'aucun des symptômes généraux de la maladie.

Reste la transmission par infection. De quelle manière s'opère cette transmission dans la suette ? Se fait-elle par les miasmes, par l'atmosphère du malade, comme dans le typhus, la fièvre typhoïde et le choléra ? Le mode de propagation de la suette présente des obscurités très-grandes et très-difficiles à faire disparaître. En effet, on voit quelquefois deux ou trois personnes prises à la fois dans la même maison. M. Bazin cite une famille entière, composée de cinq membres, qui furent atteints de la suette en même temps, et qui moururent dans la même nuit. Mais dans ces cas-là, tous ces individus, habitant la même maison, sont soumis aux mêmes conditions hygiéniques et à la même influence épidémique, de sorte qu'il est impossible de savoir quel est l'agent qui a produit la maladie. Souvent toute la famille est

atteinte le même jour, à la même heure ; la transmission n'a donc pas eu lieu d'individu à individu.

De tous ces faits on peut conclure que l'épidémie de suette paraît se conduire dans sa propagation d'une manière analogue au typhus et au choléra, c'est-à-dire par infection miasmatique.

CHAPITRE VI.

DE LA NATURE DE LA SUETTE.

En présence de divergences aussi grandes dans les descriptions épidémiques, et devant l'impossibilité de créer un type pour la suette miliaire comme pour les autres maladies, certains auteurs se sont demandé si réellement la suette constituait une individualité morbide.

La suette est-elle une maladie essentielle? Hebra (de Vienne) rejette d'une façon absolue l'existence d'une maladie fébrile, épidémique, caractérisée par des phénomènes nerveux, des sueurs abondantes, de l'embarras gastrique, et une éruption de miliaire rouge ou blanche. Cette éruption, d'après lui, peut survenir à la suite de toute sudation.

Il est certain que l'éruption miliaire, considérée isolément, ne suffit pas pour caractériser la suette. On la retrouve, en effet, comme épiphénomène dans une foule d'autres maladies, surtout dans le rhumatisme articulaire aigu et dans la fièvre typhoïde. J'ai vu, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Tardieu, une éruption très-

confluente de miliaire blanche, ou plutôt de sudamina, répandue sur toute la surface du corps, et survenue dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. Évidemment, dans ce cas, les sudamina étaient sous la dépendance d'une sueur excessivement abondante, et on s'est bien gardé d'admettre que le rhumatisme se compliquait de suette miliaire.

Il m'est arrivé, dans une autre circonstance, d'observer une éruption miliaire apparue dans la convalescence d'une variole confluente. C'était peu de temps avant l'épidémie de suette qui est en question ; mais, à cause de la distance, il n'est guère possible d'établir un rapport entre les deux faits. J'avais donné des soins à un homme atteint de variole très-grave. La suppuration des pustules varioliques était complétement terminée, et déjà la période de dessiccation était assez avancée, lorsque je vis apparaître sur toute la surface du corps une éruption très-confluente de miliaire blanche avec un certain nombre de taches de miliaire rouge. En même temps la fièvre, qui avait complétement disparu depuis plusieurs jours, avait assez d'intensité pour produire de l'agitation et de l'insomnie. L'éruption se dessécha au bout de trois jours pour faire place à une nouvelle poussée de même nature que la première ; la fièvre se maintint tout le temps que dura cette seconde éruption. Dans ce cas ai-je eu affaire à une véritable suette compliquant une variole, ou à une simple éruption miliaire ? Je suis porté à croire, à cause de l'absence de sueurs et de phénomènes nerveux bien caractérisés, que ce cas isolé n'est qu'une simple éruption de miliaire, se produisant sans aucune cause spécifique.

Hebra n'ayant jamais eu l'occasion d'observer une épidémie de suette, et s'appuyant seulement sur des faits isolés, tels que ceux que nous venons de citer, n'est pas auorisé à contester l'individualité d'une affection qui, dans sa forme épidémique, présente des phénomènes de spécificité aussi accentués que possible. Qu'il nie l'essentialité de la suette, dans les cas où il se produit simplement une éruption blanche ou rouge succédant à une transpiration critique ou artificielle, quand il n'y a ni constriction épigastrique, ni phénomènes nerveux, ni embarras gastrique, alors il se trouvera d'accord avec tous les auteurs qui ont laissé des relations d'épidémies, et qui se sont refusés à voir la suette dans toutes les éruptions miliaires survenant isolément et sans phénomènes spécifiques concomitants.

La suette une fois admise comme maladie essentielle, il faut rechercher sa place dans le cadre nosologique. Les uns ont voulu voir dans la suette une affection inflammatoire ; de là l'usage si longtemps prolongé des émissions sanguines. Les autres, ne considérant que l'éruption miliaire, en ont fait une véritable fièvre éruptive. D'autres enfin, plus particulièrement frappés des phénomènes septiques de la suette, l'ont considérée comme une maladie toxémique, produite par une intoxication miasmatique analogue à la malaria.

De la suette considérée comme une affection inflammatoire. — Cette opinion qui a eu longtemps cours, a été soutenue particulièrement par Broussais et Rayer. Cependant Broussais, qui n'admettait guère de maladies générales d'emblée, place la suette dans ce qu'il appelle les

inflammations spécifiques, c'est-à-dire « les inflammations modifiées par des excitants vénéneux, dont les uns sont connus et les autres ne le sont pas, agissant tous par absorption et entrant en circulation avec les liquides. » Rayer aussi, bien qu'il fît de la suette une affection inflammatoire, ne pouvait s'empêcher de la ranger dans une classe particulière auprès de la rougeole, de la variole et de la scarlatine. Il s'est appuyé sur les altérations pathologiques rencontrées à l'autopsie, pour soutenir son opinion, comme si une légère rougeur de la muqueuse stomacale ou des méninges suffisait pour établir une phlegmasie dont la conséquence est la mort dans beaucoup de cas. Si Rayer n'a pas inauguré le traitement antiphlogistique qui a été employé longtemps avant lui, c'est lui, du moins, qui l'a rendu rationnel, puisqu'il l'appuyait sur de prétendues lésions de nature inflammatoire. Aujourd'hui, devant les résultats malheureux dus évidemment à l'abus des émissions sanguines, on a renoncé complétement au traitement antiphlogistique, si ce n'est dans les quelques cas rares où il y a congestion au cerveau, ou bien lorsque la suette se complique de quelque affection de nature inflammatoire. Du même coup, l'opinion de Rayer sur la nature de la suette se trouve condamnée, ainsi que le traitement qui en est la conséquence.

De la suette considérée comme une fièvre éruptive. — Certains auteurs faisant de l'éruption miliaire le phénomène essentiel de la suette, l'ont considérée comme une fièvre éruptive. Il est certain que la miliaire se montre dans la grande majorité des cas, et que, dans ceux où elle n'apparaît pas, on peut dire le plus souvent que la

mort ne lui a pas donné le temps de se montrer. En outre, la scarlatine, à laquelle elle a été comparée, ne s'accompagne pas toujours d'éruption, et l'on observe des *scarlatines frustes* dans lesquelles le cortége symptomatique se réduit à la fièvre et à l'angine. Mais il y a loin de l'éruption variolique ou scarlatineuse à l'éruption miliaire dans laquelle les phénomènes, depuis l'apparition de l'éruption jusqu'à la desquamation complète, ne durent que trois ou quatre jours. Les périodes que nous avons décrites dans la suette sont complétement artificielles et ne peuvent en aucune façon être assimilées à celles des fièvres éruptives. En effet, on voit souvent les manifestations ordinaires de l'invasion apparaître pour la première fois pendant l'éruption ou bien se prolonger pendant cette période. Il n'y a rien de régulier dans la marche des phénomènes de la suette ; aussi voit-on les plus grandes divergences quant au nombre des périodes.

La question de la contagion établit encore une dissemblance assez grande entre la suette et les fièvres éruptives. La suette, en effet, n'est transmissible ni par contagion, ni par inoculation, à l'encontre des fièvres éruptives qui sont essentiellement contagieuses.

On peut donc conclure que la suette miliaire, malgré les analogies nombreuses qu'elle présente avec les fièvres éruptives, paraît se produire sous une influence épidémique différente de celle qui engendre ces dernières.

De la suette considérée comme maladie pestilentielle. — Nous venons de voir que la suette, quoique fort rapprochée des fièvres exanthématiques, en différait surtout par son mode d'évolution et de transmission. Sous quelle

influence se produit la suette miliaire? Dans ces derniers temps, les travaux de MM. Furster, Alquié et Boyer-Gubert ont fourni des renseignements nouveaux sur les conditions telluriques qui président au développement de la suette et sur la relation évidente que, dans beaucoup de cas, elle avait avec la malaria. En effet, dans l'Hérault et dans le Var, on la voit se produire de préférence dans les localités marécageuses où règne la fièvre intermittente d'une manière endémique. Ce qui prouve encore mieux l'influence sous laquelle elle s'est produite dans ce cas, c'est qu'on la voit prendre le caractère rémittent et pernicieux. Il y a encore un autre point d'analogie très-important, c'est la non-transmissibilité des deux maladies par le contact et l'inoculation. Il paraît certain que la suette ne se développe, comme la fièvre paludéenne, que chez des sujets qui ont subi l'influence du poison, de quelque nature qu'il soit. Si un individu, après avoir séjourné dans un pays où la suette est épidémique, déplace et transporte dans une autre localité les germes de la maladie, la suette se développera sur lui; mais il ne sera pas, comme l'aurait été un varioleux ou un scarlatineux, le point de départ d'une nouvelle épidémie. En un mot, la cause étant régionale, la maladie l'est aussi, et on n'a jamais vu la suette transportée par un malade de son foyer initial dans une localité plus ou moins éloignée. Le fait que nous venons de citer s'est montré assez souvent pour qu'il soit établi maintenant que la suette ne voyage pas comme la variole, la scarlatine, ou même le choléra, mais qu'elle naît et se développe dans des conditions spéciales qui ne sont pas encore bien connues, mais qui

semblent tenir à la nature du sol. Pour toutes ces raisons, le poison générateur de la suette semble avoir beaucoup d'affinité avec la malaria.

Quant aux épidémies qui se sont développées à la suite du choléra, elles ont affecté une forme et une marche tout à fait différentes et n'ont rien d'analogue avec les épidémies localisées. La suette semble alors échapper à tout contrôle au point de vue de sa propagation; car, se produisant sous l'influence cholérique, elle doit naturellement suivre l'épidémie principale dans toutes ses pérégrinations. Ces épidémies ne peuvent donc pas être prises pour terme de comparaison, puisqu'elles ne se développent plus suivant leur génie particulier, mais suivant une marche qui ne leur appartient pas en propre.

CONCLUSION.

La conclusion qui me paraît résulter de ces faits, c'est que la suette miliaire peut être considérée comme une affection toxémique, se rapprochant beaucoup par son origine de la fièvre paludéenne, se manifestant par épidémies circonscrites et localisées, se montrant rarement sporadique, plus rarement endémique.

CHAPITRE VII.

DU TRAITEMENT DE LA SUETTE.

Le traitement de la suette comprend deux parties distinctes : l'hygiène d'abord, puis la thérapeutique qui doit être préconisée dans les épidémies de suette miliaire. Cette distinction est nécessaire; car, si la thérapeutique est l'objet de divergences considérables, les conditions hygiéniques, dans lesquelles on doit placer le malade atteint de suette, ne soulèvent plus guère de discussions.

Traitement hygiénique.

Dès le premier cas que j'observai, je fus frappé du préjugé généralement répandu, qu'il fallait étouffer les malades sous des couvertures et les maintenir dans une atmosphère suffocante. Aussi la population s'ingéniait pour procurer aux malades une chaleur intense. Ils avaient adopté comme usage d'installer dans la chambre du malade un poêle qu'ils maintenaient à une température très-élevée et qui leur servait en même temps à préparer leur nourriture, de sorte qu'à la chaleur insupportable se joignait une odeur nauséabonde de cuisine et de sueurs concentrées. Outre cela, ils avaient soin d'isoler les malades au moyen des rideaux du lit hermétiquement fermés. Il m'est arrivé plus d'une fois de les trouver couchés dans leur lit avec des briques chauffées sur les jambes et les cuisses. Un malade même est mort

tout habillé dans son lit. En présence d'un préjugé aussi répandu et aussi enraciné, j'ai dû lutter pour leur faire abandonner cette hygiène désastreuse; malgré mes efforts, j'ai été loin d'obtenir toujours qu'on suivît mes conseils.

Cette erreur populaire se trouve signalée dans toutes les relations d'épidémies. Aussi, la première chose que le médecin doit faire, avant d'employer toute espèce de traitement, c'est de placer le malade dans des conditions hygiéniques convenables et de chercher à diminuer autant que possible l'abondance des sueurs. Il faut faire renouveler souvent l'air de l'appartement, faire changer le linge du malade toutes les fois qu'il sera mouillé de sueur, en prenant des précautions pour qu'il ne subisse pas de refroidissement trop brusque, maintenir dans la chambre une chaleur très-modérée et ne laisser sur le lit que le nombre de couvertures dont l'usage est habituel dans l'état de santé. C'est avec ces moyens qu'on parviendra à modérer les sueurs.

Quant aux boissons, comme il est très-difficile de faire accepter aux malades de les prendre froides, il faut recommander de les donner à peine tièdes et éviter que, par leur température, elles ne produisent un effet sudorifique. On doit employer plus particulièrement les limonades et les infusions de tilleul tièdes. Du reste, si les malades ne se plaignent pas trop de la soif, il est préférable de ne pas trop abuser des tisanes.

Traitement thérapeutique.

L'énumération de tous les modes de traitement qui

ont été employés contre la suette serait trop longue; d'ailleurs, cette richesse apparente de la thérapeutique ne cache, dans beaucoup de cas, qu'une impuissance malheureuse. Nous nous contenterons de citer ceux dont l'expérience, dans ces derniers temps, a prouvé l'efficacité.

Emissions sanguines. — Nous ne parlerons qu'au point de vue historique de ce traitement, qui, pendant longtemps, par suite des idées erronées sur la nature de la suette, a été le seul mis en usage. Ce n'est pas seulement comme moyen curatif qu'on a employé la saignée; on s'en est aussi servi comme d'un moyen prophylactique, et l'on a pratiqué, d'une manière souvent fatale, la saignée de précaution. Mais on s'est bien vite aperçu que la saignée préventive semblait désigner des victimes à l'épidémie; car la maladie, dans la plupart des cas, ne tardait pas à apparaître après la saignée, et paraissait même acquérir une gravité plus grande.

La saignée, abandonnée promptement comme moyen préventif, s'est longtemps conservée comme moyen curatif. C'est sur l'origine prétendue inflammatoire de l'embarras gastrique et des phénomènes nerveux qu'on s'est appuyé pour prolonger une médication aussi dangereuse. En effet, au lieu de diminuer ce qu'on appelait les accidents inflammatoires, la saignée ne faisait que les aggraver, et les accidents nerveux prenaient une marche encore plus rapide et plus pernicieuse sous l'impulsion de la perte sanguine. L'aggravation des accidents n'est pas d'ordinaire immédiate; c'est ce qui a trompé, pendant longtemps, sur l'effet de la médica-

tion. En effet, il arrive souvent qu'après la saignée il se produit un amendement momentané des symptômes nerveux; mais après cette amélioration trompeuse surviennent des accidents rapidement mortels. On a vu quelquefois la saignée, pratiquée chez des sujets qui n'avaient pas encore manifesté de délire, être suivie rapidement de son apparition.

Pendant tout le temps qu'elle a été mise en pratique, la saignée n'a pas régné sans contestation. Ainsi, au siècle dernier, Gastellier, tout en préconisant les émissions sanguines dans quelques cas où la congestion cérébrale lui paraissait manifeste, s'élevait déjà contre l'abus dangereux qu'on en faisait, et montrait que le plus souvent la saignée rendait la maladie rapidement mortelle.

Bayer avait cru remarquer que les sujets faibles et débilités étaient moins violemment atteints que les autres; s'appuyant sur ce fait et sur la prétendue inflammation de l'estomac, il appliquait la saignée aux premières apparences de l'irritation des organes profonds et la renouvelait une ou plusieurs fois. Il calmait la céphalalgie par l'application de sangsues aux pieds; l'irritation gastrique, par des sangsues au creux de l'estomac. Cependant, il finit par reconnaître que les saignées pouvaient amener le *delirium a depletione* et prolongeaient la convalescence.

Dubien de Peyrelongue, qui eut à traiter également l'épidémie de 1821, combattit avec énergie cette médication dangereuse; il cite même un assez grand nombre de cas où les effets malheureux de la saignée sont d'une évidence manifeste.

Depuis ce temps, dans les épidémies de la Somme, de la Vienne, de la Dordogne, cette médication, tentée de nouveau, a donné, dans presque tous les cas, des résultats aussi déplorables, si bien que MM. Gaillard et Parrot, tout en ne niant pas son efficacité dans quelques cas rares, excluent du traitement de la suette l'usage de la saignée.

Vomitifs. — L'emploi des vomitifs a, depuis le travail de M. Foucart, une importance considérable, et M. Jules Guérin, dans son Rapport à l'Académie de médecine, n'hésite pas à dire que l'ipéca est le spécifique de la suette. C'est l'existence presque constante de l'embarras gastrique dans le cortége symptomatique de la suette, qui a donné l'idée d'employer les vomitifs, et en particulier l'ipéca. Tenant comme un fait certain que l'embarras gastrique n'est pas sous la dépendance d'une inflammation gastro-intestinale, et par conséquent qu'on n'a point à craindre d'irriter un organe déjà enflammé, M. Foucart conclut à l'emploi de l'ipéca dans tous les cas où l'état saburral est assez prononcé. Plus tard, il remarqua que cette médication avait aussi un effet sédatif très-marqué sur les phénomènes de constriction et de suffocation; c'est alors qu'il en vint à généraliser sa méthode et à en préconiser l'emploi dans tous les cas. Il résume de la façon suivante les indications de l'ipéca : 1° Il doit être administré à tous les malades au début de la suette, parce que les cas graves et les cas légers s'annoncent de même, et qu'il est impossible de les distinguer. 2° Il doit être encore donné toutes les fois qu'il se manifeste des accidents nerveux d'une certaine intensité

pendant le cours de la maladie. Quant à expliquer l'action de l'ipéca sur l'économie, il suppose qu'il agit aussi bien comme agent perturbateur que comme évacuant des premières voies, tout en reconnaissant cependant son action spéciale sur l'embarras gastrique.

M. Foucart emploie l'ipéca de préférence à l'émétique, parce que l'ipéca, en dehors de ses propriétés vomitives, est une substance tout à fait inoffensive ; au lieu que le tartre stibié agit violemment sur le tube digestif et possède une action toxique dont il faut se défier. Il l'administre à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes en une seule fois ; chez les enfants, il prescrit le sirop d'ipéca à la dose de 10 à 25 grammes, suivant l'âge et la force du sujet. Outre son action vomitive, l'ipéca agit aussi sur l'intestin comme laxatif ; sous ce rapport, il trouve encore ici son application, puisque la constipation est un phénomène constant dans la suette. Cependant, en général, son effet laxatif n'est pas suffisant, et il faut le plus souvent recourir à un autre moyen pour empêcher la constipation.

La médication que M. Foucart a vulgarisée et s'est, pour ainsi dire, appropriée par les expériences qu'il en a faites, avait déjà donné de bons résultats à Dubien de Peyrelongue et à Gastellier. Après eux, MM. Parrot, dans la Dordogne, et Gaillard, dans la Vienne, avaient fait usage de la médication vomitive, mais sans en retirer des effets aussi merveilleux que M. Foucart. Dans la dernière épidémie du Midi, dans l'Hérault et le Var, les relations semblent encore confirmer l'efficacité de l'ipéca. Pour ma part, je l'ai employé en assez grand nombre de fois ; dans les cas sans gravité, je n'ai pas

remarqué qu'il ait diminué la durée de la maladie, et j'ai eu une mort à constater malgré son administration,

On peut donc conclure que l'emploi de l'ipéca donne de bons effets dans les cas où l'état gastrique semble le fait dominant de la maladie, mais peut-être n'a-t-il pas l'efficacité merveilleuse que M. Foucart lui a attribuée, surtout dans les suettes graves caractérisées par la prédominance des accidents nerveux.

Purgatifs. — L'indication des purgatifs est plus évidente encore que celle des vomitifs, car la constipation est plus constante et plus persistante encore que l'embarras gastrique. Chez tous les auteurs, même les plus anciens, à l'exception de ceux qui ne voyaient que de l'inflammation dans la suette, on voit recommander l'usage des purgatifs, surtout vers le quatrième ou le cinquième jour de la maladie. C'est, en effet, à ce moment que les purgatifs semblent plus spécialement indiqués, car la constipation est devenue très-gênante pour le malade.

M. Foucart prescrit au début un ou plusieurs vomitifs, puis, après l'éruption, un purgatif.

Les purgatifs dont l'emploi semble avoir donné les meilleurs effets sont : l'huile de ricin, les purgatifs salins, le sulfate de soude ou de magnésie, le citrate de magnésie. Dans beaucoup de cas, on peut avoir recours au lavement simple ou au lavement émollient, surtout chez les sujets qui ont fait des pertes considérables par la peau.

Révulsifs. — Les révulsifs externes sont d'une utilité

très-grande pour combattre certains accidents : lacéphalalgie, les phnomènes nerveux.

L'application de sinapismes aux extrémités inférieres calme quelquefois assez rapidement le délire. D'autres fois on peut appliquer les sinapismes sur la poitrne pour combattre la constriction épigastrique et la subocation. Cependant, si on voit quelquefois l'accident neveux céder rapidement au sinapisme, le soulagement n'est le plus souvent que momentané.

On n'a fait que rarement usage d'applications locals d'eau froide ou d'affusions générales dans le traitement de la suette. Cette médication, qui semble irrationnelle, lorsqu'on considère les sueurs abondantes qui couvrent le malade, serait peut-être un moyen puissant à opposer aux accidents nerveux. En effet, dans la scarlatine, ele calme rapidement les désordres nerveux qui ont beaucoup d'analogie avec ceux de la suette. Mais il faut avouer qu'elle est d'un emploi difficile, en présence des préjugés invétérés qu'on a à combattre et des difficultés qu'on rencontre quand on veut employer une hygiène convenable.

Sudorifiques.— L'emploi des sudorifiques dans la suette constitue une médication essentiellement meurtrière. Fort heureusement elle est condamnée par tout le monde aujourd'hui, et, s'il ne restait à combattre les habitudes répandues dans le vulgaire, on pourrait la passer sous silence. Mais la première chose qui doit préoccuper le médecin au début d'une épidémie, c'est de proscrire les pratiques sudorifiques qui sont suivies partout dans l'entourage des malades.

Antispasmodiques. — Dans quelques circonstances, les antispasmodiques peuvent être utiles. On a employé de préférence les potions éthérées, le musc, le camphre, pour calmer les accidents nerveux. Mais ce ne sont que des moyens presque toujours insuffisants.

Antipériodiques ; sulfate de quinine. — La périodicité est évidente dans un grand nombre de cas, c'est ce qui a suggéré l'idée d'employer le sulfate de quinine. Nous avons déjà cité les auteurs qui, les premiers, ont remarqué le retour périodique des accès et même la forme pernicieuse de cette intermittence. Ces accidents ne caractérisent pas toutes les épidémies ; dans les cas, par exemple, où la suette se montre en compagnie du choléra, il est rare que l'emploi du sulfate de quinine soit indiqué. Il n'en est pas de même lorsque l'épidémie est très-localisée, lorsqu'elle paraît être sous la dépendance d'une influence tellurique ; c'est alors qu'on voit apparaître ces accès périodiques contre lesquels il faut agir le plus vite possible, car ils constituent un danger imminent. Il ne faut pas craindre d'agir trop violemment ; il faut recourir à des doses très-fortes de sulfate de quinine. On doit débuter par 1 gr. ou même 1 gr.50 et répéter cette dose jusqu'à la disparition complète des paroxysmes. On a reproché à cette méthode de traitement d'être dangereuse dans les cas où les phénomènes nerveux se manifestent du côté du cerveau. Mais, dans la fièvre pernicieuse, où pourtant les accidents les plus graves se passent du côté des centres nerveux, est-ce qu'on recule devant l'emploi du sulfate de quinine à

haute dose? Est-ce qu'au contraire on n'agit pas rapidement et violemment ? L'objection n'est donc pas sérieuse.

Bien que le sulfate de quinine ne soit pas indiqué dans tous les cas, je crois qu'on peut conclure qu'il est un médicament très-efficace toutes les fois qu'il s'agit de combattre les formes pernicieuses de suette qui réclament une action rapide.



QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie physiologiques. — Du bassin.

Physiologie. — Du rôle des diverses parties de la moelle.

Physique. — De la mesure des températures; application à la physiologie et à la pathologie.

Chimie. — Des acides chlorydrique, bromhydrique, iodhydrique, cyanhydrique et sulfhydrique; leur préparation et leurs caractères distinctifs.

Histoire naturelle. — Qu'est-ce qu'un cétacé? Des fanons et du blanc de baleine; de l'ambre gris; de l'huile de baleine, dite de poisson.

Pathologie externe. — Signes physiques des fractures.

Pathologie interne. — De la phthisie aiguë.

Pathologie générale. — De l'antagonisme morbide.

Anatomie et histologie pathologiques. — De l'altération du sang.

Médecine opératoire. — Des opérations applicables au strabisme.

Pharmacologie. — De la sublimation et de la calcination; de la torréfaction. Quels sont les principaux médicaments obtenus par calcination et par sublimation?

Thérapeutique. — Des diverses voies d'absorption des médicaments.

Hygiène. — Des quarantaines.

Médecine légale. — Quels sont les poisons qui ont des caractères chimiques mal définis ou incomplets et dont la nature doit être confirmée par des expériences physiologiques ?

Accouchements. — De la mort du fœtus aux différentes époques de la grossesse.

Vu par le président de la thèse,

AXENFELD.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.